

• 临床报道 •

益气清胃汤治疗反流性食管炎 65 例

汪武生* 吴国清

(山东省济宁市中医院, 济宁市中区环城北路 3 号, 272000)

* 通讯作者: 13953773699@163.com, 13721911086

[关键词] 益气清胃汤; 反流性食管炎

胃食管反流病是指由于胃十二指肠内容物反流入食管而产生的症状或并发症, 包括了食管黏膜破损或无破损等情况。酸(碱)反流导致的食管黏膜破损称为反流性食管炎, 是胃食管反流病中最常见的一种类型。该病属于中医学“吞酸”范畴, 病机为肝郁脾胃虚弱, 胃气上逆。我们近年来采用益气清胃汤治疗反流性食管炎 65 例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

符合 1999 年 8 月烟台反流性食管疾病研讨会制定的诊断标准^[1]有典型的胃食管反流病症状, 如明显烧心、反酸、胸骨后灼痛等。对于无报警症状的患者则须具备下列反流性食管炎的表现: 反流性食管炎的内镜诊断及分级标准: ① 0 级: 食管黏膜正常(可有组织学改变)。② 1 级: 食管黏膜点状或条状发红、糜烂, 无融合现象。③ 2 级: 食管黏膜有条状发红、糜烂, 并有融合, 但非全周性。④ 3 级: 食管黏膜病变广泛, 发红、糜烂融合, 呈全周性或溃疡。反流性食管炎的基本病理改变: ① 食管鳞状上皮增生, 包括基底细胞增生超过 3 层和上皮延伸。② 黏膜固有层乳头向表面延伸, 达上皮层厚度的 2/3; 浅层毛细血管扩张、充血和(或)出血。③ 上皮层内中性粒细胞和淋巴细胞浸润。④ 黏膜糜烂或溃疡形成, 炎细胞浸润, 肉芽组织形成和(或)纤维化。⑤ 胃食管连接处以上部位出现 Barrett 食管改变。

1.2 纳入标准

符合 1999 年 8 月全国反流性食管疾病研讨会(烟台)制定的诊断标准, 具有烧心、反酸、胸骨后灼痛等症状及经内镜检查诊断者。

1.3 一般资料

纳入试验共 120 例, 为我院 2008 年 4 月~8 月的门诊患者, 符合 1999 年 8 月全国反流性食管疾病研讨会(烟台)制定的诊断标准^[1]。其中治疗组 65 例,

男 35 例, 女 30 例; 年龄 18~80 岁, 平均 49.5 岁; 有烧心感 36 例, 反酸 34 例; 根据内镜下食管黏膜破损特征及程度分级为 I 级 40 例, II 级 17 例, III 级 8 例。对照组 55 例, 男 30 例, 女 25 例; 年龄 18~81 岁, 平均 48.3 岁; 有烧心感者 31 例, 反酸者 29 例; 内镜诊断分级为 I 级 30 例, II 级 18 例, III 级 7 例。两组患者年龄、病程、性别、病情及内镜检查结果等资料差异无统计学意义, 具有可比性($P > 0.05$)。

2 治疗方法

治疗组予益气清胃汤治疗, 组成: 苍术 15g, 陈皮 12g, 姜半夏 12g, 茯苓 15g, 竹叶 10g, 石膏 20g, 黄连 6g, 吴茱萸 1g, 旋覆花 10g, (煨) 瓦楞子 15g, 香附 10g, 莪术 10g, 蒲公英 30g, 川楝子 10g。每日 1 剂, 水煎服, 疗程 4 周; 治疗前后查胃镜, 并作记录。对照组予奥美拉唑胶囊, 每次 1 粒, 每日 2 次, 饭前半小时服; 疗程为 4 周; 治疗前后查胃镜, 并作记录。

3 疗效观察

3.1 内镜指标评价

参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]。痊愈: 临床症状消失, 复查内镜判断为 0 级。有效: 临床症状消失或明显减轻, 内镜分级减少 1~2 级。无效: 临床症状改善不明显或无改善, 内镜分级无变化或增加。

3.2 症状指标评价

治疗 4 周后采用疗效指数判定疗效(参照文献[2])。临床痊愈: 治疗后症状体征总积分较治疗前下降 $\geq 90\%$; 显效: 治疗后症状体征总积分较治疗前下降 $\geq 70\%$ 但 $< 90\%$; 有效: 治疗后症状体征总积分较治疗前下降 $\geq 30\%$ 但 $< 70\%$; 无效: 治疗后症状体征总积分较治疗前下降 $< 30\%$ 。症状指标观察以反流症状为主(烧心、反酸), 症状严重程度评分标准: 0 级: 无症状; I 级: 偶尔或轻度出现症状, 有感觉, 但不很明显; II 级: 稍重但不影响生活和工作; III 级: 症状频繁, 明显影响生活及工作。0~III 级分别计 0、1、2、3 分, 将各症状计分相加即为症状总分, 满分为 18 分。根据积分法判定症状疗效。

化浊解毒法治疗胃癌前病变患者 61 例

霍永利^{1*} 李佃贵¹ 马小顺²

(1. 河北省中医院消化内科, 石家庄市长安区中山东路 389 号, 050011; 2. 河北医科大学中医学院)

基金项目: 河北省中医药管理局中医药、中西医结合科研计划资助项目(2009110)

* 通讯作者: 345315817@qq.com, 13131178418

[关键词] 化浊解毒; 胃癌前病变; p53

慢性萎缩性胃炎(CAG)伴肠上皮化生(IM)和不典型增生(ATP)是胃癌的癌前病变。胃癌前病变(PLGC)是胃黏膜从正常向胃癌转化过程中的一个重要阶段。阻断和逆转PLGC的发展,是降低胃癌发生率的有效措施之一,中医药在该领域具有良好的疗效和前景。我们从“浊毒”入手,治疗胃癌前病变患者,疗效确切。现将报告如下。

1 临床资料

1.1 西医诊断标准

参照 1982 年重庆召开的全国胃炎诊治座谈会所制定的《慢性胃炎的分类及纤维胃镜诊断标准及萎缩性胃炎的病理诊断标准》(试行方案)^[1]。

1.2 中医诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]中有关萎

缩性胃炎的中医证候诊断标准。

1.3 纳入和排除标准

①纳入标准: 纳入试验前半个月病理证实为慢性萎缩性胃炎伴中、重度异型增生和(或)中、重度不完全结肠化生,且能配合治疗者。②排除标准: 合并消化性溃疡者; 病理诊断疑有恶变者; 合并心、脑、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病者; 精神病患者。

1.4 一般资料

所有患者均为 2008 年 10 月~2010 年 4 月在河北省中医院消化内科经病史提示、胃镜病理证实为不典型增生或中、重度肠上皮化生,且配合治疗者,共 130 例。试验结束时共剔除 11 例患者,其中治疗组 4 例,对照组 7 例,最终可供分析的患者数为 119 例。治疗组 61 例,男 33 例,女 28 例; 萎缩病理分

3.3 两组临床疗效比较

表 1 示,治疗组与对照组比较,经统计学处理,差异有统计学意义。治疗组疗效明显为优($P < 0.05$)。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	65	14	33	13	5	60(92.3)
对照组	55	5	19	23	8	47(85.5)

3.4 两组内镜疗效比较

表 2 示,治疗组与对照组比较,经统计学处理,差异有显著性。治疗组疗效明显为优($P < 0.05$)。

表 2 两组内镜疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效
治疗组	65	37	18	10	55(84.6)
对照组	55	16	22	17	38(69.1)

4 讨论

反流性食管炎属中医学“反胃”、“嘈杂”、“呕

吐”、“吞酸”等范畴。本病多因饮食不节,情志不遂,劳逸不均,致肝胆疏泄失职,脾胃运化失常,气机上逆。我们经过多年临床观察发现,反流性食管炎的患者多因情志不畅,肝郁侮脾,脾胃失和,胃气上逆,而见烧心、吐酸、胸骨后疼痛等症状,故治以疏肝健脾,和胃降逆,佐以制酸止痛。方用平胃散、二陈汤、竹叶石膏汤、左金丸、金铃子散等化裁而成。方中平胃散健脾化湿,二陈汤化痰降逆,竹叶石膏汤清胃热,左金丸疏肝清肝、降逆止呕,金铃子散理气止痛,蒲公英清热养阴,(煅)瓦楞子制酸止痛,莪术止痛,共奏疏肝健脾、和胃止痛之功,临床观察结果表明,益气清胃汤治疗反流性食管炎确有良效。

参考文献

[1] 全国反流性食管病/炎研讨会制定反流性食管病/炎诊断及治疗方案(试行)[J]. 现代消化及介入治疗, 2000, 5(1): 3-4.

[2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则

(C)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

(收稿日期: 2010-11-17; 修回日期: 2011-01-31)

[编辑: 黄健]